

**78° CONGRESSO NAZIONALE  
DI MEDICINA DEL LAVORO  
SIMLII**

**MILANO 25-26-27 NOVEMBRE 2015**

**CARICHI DI LAVORO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE:  
UN NUOVO RISCHIO?**

**Dott. G. Antonacci**, Medico del lavoro, Verona

**Dott. P. Ferrari**, MMG, Coordinatore ASSIMEFAC Verona

**Dott. D. Caretta**, Medico del lavoro e MMG, Verona

**Bibliografia:**

1) **Caretta D. et al.** Medico di Medicina Generale: Stress Lavoro Correlato SIMLII Congresso Nazionale Bologna Ottobre 2014.

2) **Accordo collettivo nazionale** per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art.8 del D.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni. Biennio economico 2008-2009; Integrazioni Regionali e Patti Locali delle varie Regioni e ASL.

3) **CES, UNICE, UEAPME, CEEP**: "Accordo europeo sullo stress sul lavoro (8/10/2004)". Accordo Europeo 8 ottobre 2004.

La riforma sanitaria del 1978 ha fatto del **medico di medicina generale** (MMG) un cardine in tema di prevenzione, creando una giusta aspettativa nei pazienti e nell'organizzazione sanitaria.

Oggi il MMG non svolge solo la sua classica attività di **primo intervento** per i pazienti con nuovi problemi sanitari e di **assistenza** ai pazienti cronici.



Con il crescere del progresso scientifico, lo sviluppo tecnologico, l'aumentata informazione sanitaria e la presa di coscienza della cittadinanza è sempre più elevata la domanda al MMG da parte della popolazione generale di interventi di **prevenzione primaria e secondaria**. Essendo ancora limitati i programmi di prevenzione (es. vaccinazioni, Pap Test, etc.) gestiti a livello delle strutture delle ASL (distretti), il MMG oggi non può ignorare il suo dovere deontologico ed è chiamato a promuovere **corretti stili di vita** e **controlli periodici**.



Nella sua opera di corretta **informazione ed educazione sanitaria**, spesso il medico deve far fronte a richieste improprie dovute ad una sempre più diffusa autogestione dell'informazione sanitaria dei pazienti favorita anche dall'uso del web. Altre volte, proprio per la rapidità di questo canale di comunicazione, il MMG può trovarsi impreparato davanti al paziente su recenti acquisizioni scientifiche.

Le trasformazioni di cui sopra, accompagnate dalla necessaria introduzione negli ambulatori dell'**informatizzazione** e una contestuale **burocratizzazione** del suo ruolo, hanno modificato molto il suo modo di lavorare.



Il MMG deve occuparsi oggi di aspetti **organizzativi** (fornire servizi in tempi brevi ma con disponibilità per i bisogni dei pazienti) e di **processi di lavoro** (compiti amministrativi ad elevata componente informatica). Le condizioni di lavoro sono spesso caratterizzate da richieste e lamentele a sfondo prettamente **burocratico** da parte dei pazienti favorite da **problemi di comunicazione** (standardizzare le procedure ai fini informatici comporta spesso dei problemi interpretativi).

Tutti questi elementi orientano verso la conclusione che il MMG sia oggi di fronte a fattori di rischio tipici dello **stress lavoro correlato**. Gli studi in materia sono limitati perché il MMG continua ad essere considerato un lavoratore autonomo. Questa sua posizione è superata in quanto di fatto il MMG è ormai parte integrante dell'attuale organizzazione sanitaria che ne determina a tutti gli effetti le procedure operative. L'art. 1 del decreto Balduzzi del 26.4.2013 recita infatti:

***“ Le Regioni, avvalendosi di idonei sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale,....”*** La giurisprudenza ritiene infatti che si possano rinvenire i caratteri della subordinazione ogni volta che il medico sia soggetto all'esercizio del potere direttivo e disciplinare in merito ai profili organizzativi (e non al contenuto) delle prestazioni che è chiamato a rendere.

Il lavoro intellettuale resta comunque caratterizzato da bassi livelli di standardizzazione e la valutazione dello stress lavoro correlato per elementi legati al suo contesto appare complessa.



La nostra ipotesi è che il carico di lavoro del MMG sia sempre più aumentato negli ultimi anni. Volendo individuarne un **mansionario**, non ci è stato d'aiuto fare riferimento al DPCM del 29.11.2001 che ha definito quali siano i Livelli essenziali di assistenza (LEA), vale a dire le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, collocando il MMG nell'ambito della cosiddetta assistenza distrettuale.

Si tratta infatti di un generico elenco di prestazioni:

- visita medica generale, ambulatoriale e domiciliare
- prescrizione di farmaci
- richiesta di visite specialistiche
- proposte di ricovero ospedaliero
- assistenza domiciliare programmata
- redazione di alcuni particolari certificati medici (idoneità alle attività sportive non agonistiche, riammissione alla scuola dell'obbligo,...)
- accesso presso gli ambienti di ricovero dell'assistito prima medicazione (cioè quella eseguita su una ferita non precedentemente medicata)
- sutura di ferita superficiale e successive medicazioni
- rimozione punti di sutura e medicazioni
- tamponamento nasale anteriore
- lavanda gastrica
- fleboclisi unica e solo in caso di urgenza
- ciclo di fleboclisi
- ciclo curativo di endovenose
- vaccinazioni non obbligatorie

Anche l'ultimo Contratto Collettivo Nazionale (2010), non è di grande aiuto nel delineare le caratteristiche dell'effettiva giornata lavorativa del MMG.



“...è avviato il percorso di **implementazione** del “**patient summary**” attraverso le seguenti fasi da attuare progressivamente:

- a) **l'implementazione ha inizio con l'invio sperimentale**, al fine della valutazione della qualità del dato, di un **set concordato di informazioni** riferito agli assistiti in carico ultra 75enni;
- b) **stabilizzato il flusso** di cui al punto a), viene stabilita concordemente a livello regionale la graduale **implementazione dell'invio dei dati**, riferita agli assistiti in carico con patologie croniche;
- c) al **termine delle fasi** di cui ai precedenti punti a) e b) è prevista una **verifica** congiunta a livello regionale al fine di **valutare il raggiungimento degli obiettivi** ed introdurre gli eventuali ed opportuni aggiustamenti per il consolidamento del “**patient summary**” riferito a tutta la popolazione assistita, al fine dell'utilizzo da parte del **Sistema Sanitario Regionale**.

Va sottolineato che il MMG deve contribuire in prima persona all'inserimento dei dati utilizzando le informazioni dei propri pazienti in suo possesso.



A questo punto è stata fatta la scelta di somministrare un questionario ad un gruppo di medici in cui sono state richieste alcune informazioni di base circa la propria attività quotidiana e al modo con cui è organizzata.

## **Risultati**

I MMG coinvolti hanno mediamente 1464 pazienti (range: 1200-1500).

I risultati indicano che il tempo dedicato esclusivamente ai pazienti durante l'attività di apertura quotidiana dello studio (front-office) è, in media, di **5.5 ore**.

In questo arco di tempo il MMG si rapporta con **54** pazienti (**10.8/ora**).

Di questi, il **39%** per un visita, un consulto o altra prestazione che richiede un dialogo diretto.

Un infermiere/a, ove presente, può essere di supporto per alcuni compiti (misura pressione, glicemia, trascrizione referti, etc.).

Il restante **61 %** per la ripetizione di terapia cronica o prescrizione periodica.

Una figura amministrativa, se presente, può sollevare il MMG da alcuni compiti che richiedono però la sua azione diretta oltre a supervisione e responsabilità.

Le ricette prescritte in una settimana sono **436,8** (87/giorno), **66** le telefonate ricevute e **20,8** i certificati redatti, ormai tutti informatizzati. Alcuni di questi

sono di semplice esecuzione, altri di particolare impegno (es. certificazioni di invalidità). Il MMG deve fornire periodicamente, per via telematica, report della propria attività. Per adempiere a compiti burocratici, il MMG svolge un'attività integrativa fuori dall'orario di ricevimento dei pazienti (back-office) di circa **18,3** ore settimanali (**3,5** al giorno!).



Le visite domiciliari settimanali tra malati acuti (imprevedibili) e cronici (programmati) sono **15** (3 al giorno). Attività connesse con obblighi e necessità di formazione professionale non sono state indagate nell'ipotesi di una forte soggettività di tale parametro.

Da un punto di vista organizzativo, benché il 65% dei medici intervistati abbia la possibilità di connessione immediata ad internet, nessuno è in grado di consultare in qualsiasi momento nell'arco dell'orario di reperibilità (8.00-20.00) il proprio archivio pazienti né di stampare ricette. L'orario di servizio (disponibilità) del MMG va dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dei giorni feriali, il sabato e prefestivi dalle 8.00 alle 10.00.

## Considerazioni finali

I dati raccolti indicano che la giornata di lavoro del MMG può risultare molto impegnativa anche per l'imprevedibilità del numero e qualità dei contatti richiesti.



Alcuni nuovi compiti lavorativi, pur in parte condivisi con altre figure non sanitarie, appaiono non delegabili per motivi di privacy.



Lo studio suggerisce l'opportunità di considerare i carichi di lavoro a cui è sottoposto il MMG ed i loro impatto sull'interfaccia lavoro-famiglia.

E' noto da tempo che il MMG è esposto a rischio professionale da contenuto, tipico delle professioni d'aiuto. La sindrome del Burn-out, ne è la prova ed insieme il paradigma. Tuttavia i cambiamenti del suo modo di lavorare insorti negli ultimi anni, inducono a pensare alla presenza anche di un rischio da stress organizzativo. Le incombenze di tipo amministrativo connesse con funzioni di controllo e di certificazione, prive di gratificazione professionale, occupano infatti spazi sempre maggiori.



I metodi che indagano il livello di stress lavoro correlato utilizzano come indicatore anche il carico di lavoro. E' nostra opinione che questo potenziale elemento di stress non sia tipico del solo lavoro subordinato. I risultati della nostra indagine fotografano una giornata tipica di lavoro del MMG con un **intenso carico di lavoro**. Considerata la responsabilità che caratterizza i propri compiti lavorativi, riteniamo che il MMG, possa incorrere più facilmente in **errori professionali**. Per questo motivo, per una ridotta di disponibilità di tempo e per una **ridotta capacità di controllo** del proprio lavoro siamo dell'idea che il MMG sia più tentato a fare ricorso alla cosiddetta **medicina difensiva**. Questo atteggiamento può ulteriormente favorire il già elevato livello di accessi al pronto soccorso. In un clima dove, in contro-tendenza rispetto al passato, i MMG valutano il pre-pensionamento e gli aggiornamenti professionali ignorano spesso la qualità del loro lavoro, gli strumenti per far fronte al disagio psicologico risultano eccessivamente carenti.



Siamo pertanto dell'idea che occorra valutare attentamente il potenziale rischio professionale diretto del MMG e quelli indiretti a cui può essere esposta la cittadinanza a seguito ad una sua **malpractice**.